

Таблица 8 — Акушерский анамнез у пациенток в I триместре беременности

Акушерский анамнез	Частота встречаемости, %			χ^2	p
	группа МС	группа риска	группа контроля		
Осложнен акушерский анамнез	54,6	36,8	16,1	12,495	0,002
Искусственное прерывание беременности в раннем сроке	25,5	17,5	9,7	3,333	0,189
Искусственное прерывание беременности в позднем сроке	0,0	1,8	0,0	1,519	0,468
Выкидыш в позднем сроке	7,3	7,0	0,0	2,349	0,309
Выкидыш в раннем сроке	23,6	21,1	3,2	6,077	0,048
Неразвивающаяся беременность	7,3	0,0	0,0	6,511	0,039
Преждевременные роды	16,4	1,8	3,2	9,526	0,009
Мертворождение	1,8	0,0	0,0	1,593	0,451

Выводы

Полученные данные указывают на важность ранней диагностики компонентов МС у беременных и формирование групп риска по развитию МС в будущем.

МС чаще развивается у женщин с отягощенной наследственностью по ожирению, СД 2 типа, АГ.

Необходимо разрабатывать специальные мероприятия, направленные на своевременную и адекватную диагностику МС, выявление его клинических признаков, перинатальную профилактику, выделение критериев диспансерного наблюдения беременных с МС.

Необходима организация лечебно-профилактической помощи этому контингенту беременных для снижения у женщин сердечно-сосудистого риска.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Закирова, Н. И. Материнская смертность в регионе с высокой рождаемостью / Н. И. Закирова // Акушерство и гинекология. — 1998. — № 2. — С. 21–24.
2. Капанадзе, М. Ю. Принципы профилактики тромбозомических осложнений после кесарева сечения в группах высокого риска / М. Ю. Капанадзе // Акушерство и гинекология. — 1999. — № 2. — С. 26–30.
3. Медведь, В. И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных / В. И. Медведь. — Киев: Авиценна, 2002. — С. 167.

4. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. — М.: Трида-Х, 1999. — С. 815.

5. Метаболический синдром у женщин: две грани одной проблемы / В. И. Подзолков [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2003. — № 6. — С. 28–33.

6. Шестакова, М. В., Брескина, О. Ю. // Consilium medicum. — 2002. — Vol. 4, № 2. — P. 523–527.

7. Despres, J. P. Obesity and insulin resistance. Epidemiologic, metabolic, and molecular aspects. In Insulin resistance: the metabolic syndrome X / J. P. Despres, A. Marette. — Ed. by G. M. Reaven and A. Laws. — Totowa, New Jersey: Humana Press Inc, 1999. — P. 51–81.

8. Благосклонная, Я. В. Ожирение и его потенциальная роль в развитии метаболического синдрома / Я. В. Благосклонная, Е. И. Красильникова, А. Ю. Бабенко // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. — 1998. — № 4, 6. — С. 43–48.

9. Чернуха, Е. А. Ведение беременности и родов у женщин с ожирением / Г. Е. Чернуха // Акушерство и гинекология. — 1992. — № 1. — С. 68–73.

10. Bjorntorp, P. Metabolic difference between visceral fat and subcutaneous abdominal fat / P. Bjorntorp // Diabetes Metab. — 2000. — Vol. 26, № 3. — P. 10–12.

11. Серов, В. Н. Клинико-метаболическая картина у беременных с ожирением и дефицитом массы тела / В. Н. Серов, Ч. С. Леуткина, А. Д. Попова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 2000. — № 4. — С. 16–18.

12. Wolfe, H. High prepregnancy body mass index — a maternal — fetal risk factor / H. Wolfe // N Eng J. Med. — 1998. — Vol. 338, № 3. — P. 191–192.

13. Bellver, J. Obesity and poor reproductive outcome: the potential role of the endometrium / J. Bellver, M. A. Melo, E. Bosch // Fertil Steril. — 2007. — Vol. 7, № 88. — P. 446.

14. Harmonizing the Metabolic Syndrome / K. G. Alberti [et al.] // Circulation. — 2009. — Vol. 120. — P. 1640–1645.

Поступила 20.10.2014

УДК 616.833.54-007.17:616.711.6-007.43

МНОЖЕСТВЕННАЯ ДИСТРОФИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ МНОГОУРОВНЕВЫХ ГРЫЖАХ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА

М. В. Олизарович

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: анализ вариантов множественной патологии поясничного отдела позвоночника при многоуровневых грыжах межпозвонкового диска.

Материал и методы. Проведен опрос, анализ историй болезни и протоколов КТ и МРТ 87 пациентов с множественной патологией поясничного отдела позвоночника, оперированных в нейрохирургическом отделении УГОКБ в 2007–2013 гг.

Результаты. Наличие множественной сопутствующей патологии поясничного отдела позвоночника установлено у 82 (94,3 %) человек.

Отмечено преобладание у женщин частоты встречаемости спондилоартроза (89,7 % против 72,4 % у мужчин) и спондилолистеза (6,9 % против 1,7 % у мужчин).

У мужчин чаще встречалась гипертрофия желтой связки (29,3 % против 17,2 % у женщин) и обызвествление продольных связок (13,8 % против 6,9 % у женщин).

Заключение. Множественная сопутствующая патология поясничного отдела позвоночника выявлена у 94,3 % обследованных. Наиболее часто основной патологии сопутствовали спондилоартроз (в 78,2 % случаев), спондилез (в 73,6 %) и грыжа Шморля (в 31 %).

Ключевые слова: дистрофическая патология позвоночника, радикулопатия, секвестрэктомия.

MULTIPLE DYSTROPHIC PATHOLOGY OF THE LUMBAR SPINE WITH A MULTI-LEVEL HERNIATED DISC

M. V. Olizarovich

Gomel State Medical University

The aim of this study was to analyze the types of multiple pathology of the lumbar spine with a multilevel herniated disc.

Material and methods. We conducted a survey, analyzed medical records and CT and MRT reports of 87 patients with multiple disorders of the lumbar spine, having been operated at the Neurology ward over 2007-2013.

Results. 82 (94.3 %) patients revealed multiple comorbidities of the lumbar spine. We noted the prevalence of spondylarthrosis (89.7 % vs. 72.4 % in men) and spondylolisthesis (6.9 % vs. 1.7 % in men) in the women. In the men, yellow ligament hypertrophy (29.3 % vs. 17.2 % in the women) and calcification of the longitudinal ligaments (13.8 % vs. 6.9 % in the women) were more common.

Conclusion. Multiple comorbidities of the lumbar spine were detected in 94.3 % of the patients. Most often the underlying pathology was accompanied by spondylarthrosis (78.2 %), spondylosis (73.6 %) and Schmorl hernia (31 %).

Key words: dystrophic pathology of the spine, radiculopathy, sequestrectomy.

Введение

Остеохондроз позвоночника — это дистрофия (нарушение питания) тканей межпозвоночного диска (МПД) с ослаблением его амортизирующих свойств. При остеохондрозе ухудшается фиксирующая способность позвоночника, то есть состояние околопозвоночных мышц и связок, особенно при нагрузке [1, 2, 3].

Грыжа межпозвоночного диска — это смещение пульпозного ядра через разрыв в фиброзном кольце за пределы МПД [2, 4]. Ее компрессирующее воздействие на спинномозговую корешок приводит к дискогенной радикулопатии, что проявляется болевыми, моторными и вегетативными нарушениями [4–8].

Кроме факторов, вызывающих сдавливание корешка, существует целый ряд патологических процессов под общим названием «дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника». Одним из них является спондилез — ограниченное обызвествление передней продольной связки позвоночника, специфика которого заключается в образовании парных клювовидных остеофитов, огибающих МПД [9, 10].

Спондилоартроз определяется как артроз дугоотростчатых суставов позвоночного столба, проявляющийся дегенерацией суставного хряща, субхондральным остеосклерозом и оссификацией периапартулярных тканей [9, 10].

Гипертрофия желтой связки — это увеличение объема волокон желтой связки по отношению к ее первоначально нормальной величине, при этом может выступать также как компрессирующий фактор, требующий хирургического вмешательства [9, 11]. Данная па-

тология утяжеляет течение дискогенной радикулопатии, при том, что важное значение в настоящее время приобретает многоуровневая радикулопатия, вызванная протрузией или секвестрацией одновременно нескольких МПД. При этом компрессии могут подвергаться спинальные корешки как с одной, так и с двух сторон [3, 7].

Таким образом, изучение частоты и характера сопутствующей грыже МПД дистрофической патологии поясничного отдела позвоночника позволит более точно определить тактику дальнейшего ведения пациента, в том числе и показания к хирургическому вмешательству.

Цель

Анализ вариантов множественной патологии поясничного отдела позвоночника при многоуровневых грыжах МПД.

Материалы и методы исследования

Методикой исследования был опрос пациентов, оценка клинических данных и компьютерно-томографических заключений.

Объектом исследования явились случаи лечения пациентов с поясничной радикулопатией при множественном дистрофическом поражении позвоночника. Проведен опрос, анализ историй болезни и протоколов КТ и МРТ 87 пациентов с множественной патологией поясничного отдела позвоночника, оперированных в нейрохирургическом отделении УГОКБ в 2007–2013 гг.

Проанализированы следующие показатели: поло-возрастная структура пациентов, социальный статус и тип физической нагрузки, неврологические расстройства при поступлении для хирургического лечения, компресси-

рующие и некомпримирующие спинномозговой корешок дистрофические процессы.

При проведении обработки полученных результатов для проверки статистических гипотез и расчета вероятностей ошибочного отклонения нулевой гипотезы p использовалось специализированное программное обеспечение «Statistica», 11.0 с инструментом «Difference tests». Для целей данного исследования принят уровень статистической значимости $\alpha = 0,05$. Учитывались также абсолютные числа и относительные величины в процентах.

Результаты и обсуждение

Поло-возрастная характеристика пациентов и анамнестические данные

Полученные нами данные по поло-возрастному составу представлены в таблице 1.

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что среди пациентов, страдающих корешковой компрессией на поясничном уровне, преобладали лица трудоспособного возраста от 30 до 59 лет (73 человека (чел.) — 83,9 %), причем мужчины составили 66,7 %.

В исследованной группе преобладали городские жители (70 чел. — 80,5 %).

Тяжелым физическим трудом занимались 12 (13,8 %) чел., легким и умеренным физическим — 43 (49,4 %), преимущественно интеллектуальную или сидячую работу выполняли 15 (17,2 %) чел., 17 (19,6 %) обследованных официально не работали.

Неврологические расстройства в группе пациентов

При поступлении в нейрохирургическое отделение пациентам проводилось стандартное ортопедо-неврологическое обследование, уточнялось наличие и выраженность симптомов натяжения (Ласега), оценивалась мышечная сила в нижней конечности.

Диагноз устанавливали согласно классификации, разработанной в Белорусском НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии с учетом статистической классификации МКБ 10-го пересмотра [12].

Полученные данные с учетом нескольких уровней поражения представлены в таблице 2.

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст, лет	Количество больных	%	Пол			
			мужской	%	женский	%
20–29	9	10,4	8	9,2	1	1,1
30–39	22	25,3	14	16,1	8	9,2
40–49	23	26,4	14	16,1	9	10,4
50–59	28	32,2	20	23	8	9,2
60 и старше	5	5,7	2	2,3	3	3,4
Всего	87	100	58	66,7	29	33,3

Таблица 2 — Неврологические синдромы при нескольких уровнях компрессии поясничных корешков

Синдром	Мужчины			Женщины			Всего
	слева	справа	обе стороны	слева	справа	обе стороны	
Радикулопатия L ₄	0	1	0	1	0	0	2
Радикулопатия S ₁	0	0	0	1	1	0	2
Радикулопатия L ₅ с люмбоишалгией	1	0	0	0	0	0	1
Радикулопатия S ₁ с люмбоишалгией	1	0	0	0	0	0	1
Радикулопатия L ₄ с радикулоишемией L ₃ -L ₄	0	0	0	0	0	1	1
Радикулопатия S ₁ с радикулоишемией L ₄ -L ₅	1	0	0	0	0	0	1
Бирадикулопатия L ₃ и L ₄	3	0	0	1	0	1	5
Бирадикулопатия L ₃ и L ₅	0	1	0	0	0	0	1
Бирадикулопатия L ₄ и L ₅	2	4	1	0	1	1	9
Бирадикулопатия L ₄ и S ₁	10	6	3	6	2	0	27
Бирадикулопатия L ₅ и S ₁	9	1	1	3	0	0	14
Бирадикулопатия L ₄ и S ₁ с люмбоишалгией	0	0	0	1	0	0	1
Радикулоишемия L ₄ -L ₅	2	2	0	1	4	0	9
Радикулоишемия L ₅ -S ₁	1	0	0	0	0	0	1
Радикулоишемия L ₄ -L ₅ с люмбоишалгией	1	0	0	0	0	0	1
Радикуломиелоишемия	1	1	0	1	0	0	3
Полирадикулопатия (3 и более корешка)	3	2	0	2	0	1	8
Всего	35	18	5	17	8	4	87

Характеристика компримирующих факторов

Тип выпавшей грыжи межпозвонкового диска

Для достоверной диагностики заболеваний поясничного отдела позвоночника и, в частно-

сти, патологии межпозвонковых дисков проводили КТ и МРТ. Данные методы позволяют визуализировать выпячивание диска, что также использовалось при составлении плана хирур-

гического вмешательства, определения типа доступа и объема операции.

Обзорная спондилография выполнялась всем пациентам. По данным снимкам проводилась первичная оценка состояния поясничного отдела позвоночника. Выявлялся наиболее пострадавший диск, диагностировалось состояние межпозвонковых суставов, выявлялись спондилолистез, спондилез и деформации тел позвонков.

В данной группе 39 (44,8 %) пациентам выполнена МРТ и 48 (55,2 %) — КТ поясничного отдела позвоночника.

Среди пациентов исследованной группы были оперированы на трех позвоночно-двигательных сегментах (ПДС) 7 (8,1 %) чел, на двух ПДС — 80 (91,9 %) чел.

Виды грыж межпозвонковых дисков на пояснично-крестцовом уровне в изученной группе представлены на рисунке 1.

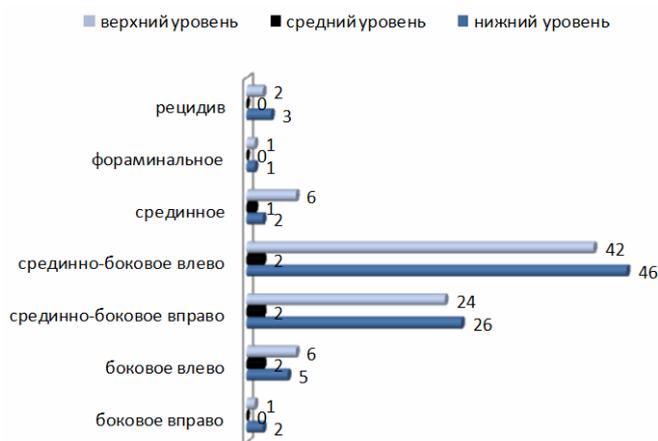


Рисунок 1 — Виды выпадений грыж межпозвонкового диска

Как следует из рисунка 1, наиболее часто на верхнем и нижнем оперированном ПДС встречался срединно-боковой вариант выпадения грыжи МПД (соответственно, 75,9 и 82,8 %). Фораминальный тип грыжи встречался наиболее редко (по 1 случаю — 1,1 % на верхнем и нижнем сегментах).

Уровни компрессии нервного корешка грыжей межпозвонкового диска

Показатели уровня ПДС, подвергавшегося оперативному лечению, представлены в таблице 3.

Как следует из данных таблицы, наиболее часто операции подвергались ПДС L_{IV}-L_V на

верхнем уровне вмешательства (71 чел. — 81,6 %) и L_V-S_I — на нижнем (81 случай — 93,2 %). Наиболее редкой была секвестрэктомия на уровне L_V-L_{VI} — 1 случай на нижнем уровне у пациента с люмбализацией S_I. Выпадение диска L_{III}-L_{IV} также было редким и составило на верхнем уровне 18,4 % случаев.

Стеноз как фактор компрессии корешка

Показатели уровня ПДС с диагностированным сопутствующем грыже МПД стенозом, требующим хирургического вмешательства по декомпрессии корешков, представлены в таблице 4.

Таблица 3 — Уровни хирургического вмешательства у пациентов данной группы

Уровень вмешательства	Верхний уровень		Средний уровень		Нижний уровень	
	n	%	n	%	n	%
L _{III} -L _{IV}	16	18,4	0	0	0	0
L _{IV} -L _V	71	81,6	7	100	5	5,7
L _V -S _I	0	0	0	0	81	93,2
L _V -L _{VI}	0	0	0	0	1	1,1
Всего	87	100	7	100	87	100

Таблица 4 — Уровни хирургического вмешательства при стенозах у пациентов

Уровень вмешательства	Верхний уровень		Средний уровень		Нижний уровень	
	n	%	n	%	n	%
L _{III} -L _{IV}	7	28,0	0	0	0	0
L _{IV} -L _V	18	72,0	3	100	1	7,1
L _V -S _I	0	0	0	0	13	92,9
Всего	25	100	3	100	14	100

Как следует из данных таблицы 4, наиболее часто операции декомпрессии при сопутствующем стенозе позвоночного канала подвергались ПДС L_{IV}-L_V на верхнем уровне вмешательства (18 случаев — 72 %) и L_V-S_I — на нижнем (13 случаев — 92,9 %). При трехуровневых грыжах на среднем уровне со стенозом во всех случаях оперирован ПДС L_{IV}-L_V (3 случая).

Остеофиты позвоночного канала

При оценке всех факторов компрессии нервных корешков в данной группе пациентов диагностирован 21 остеофит, потребовавший полного или частичного его удаления в связи с его клинической

значимостью. При этом такие остеофиты наиболее часто встречались на уровне L_V-S_I (18 случаев — 85,7 %) и редко на уровне L_{IV}-L_V (3 чел. — 14,3 %).

Пример КТ-томограммы при сформированном остеофите на уровне L_V-S_I слева представлен на рисунке 2.

Множественные компремирующие поясничный нервный корешок факторы, требующие хирургической декомпрессии корешка

Изучены различные сочетания многоуровневых компремирующих факторов, потребовавших изменения тактики хирурга, которые выявлены у 15 (17,2 %) пациентов (таблица 5).

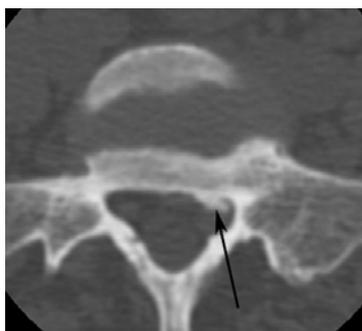


Рисунок 2 — КТ на уровне L_V-S_I, демонстрирующая остеофит S_I слева (стрелка)

Таблица 5 — Сочетание компремирующих факторов при поясничной радикулопатии

Сочетание компремирующих факторов	Число случаев	
	n	%
Стеноз и остеофит	6	6,9
Остеофит и варикозное расширение вен позвоночного канала	2	2,3
Стеноз и рубцово-спаечный процесс	2	2,3
Остеофит и рубцово-спаечный процесс	1	1,1
Стеноз и варикозное расширение вен	1	1,1
Стеноз и гипертрофия желтой связки	1	1,1
Остеофит на двух уровнях и стеноз	1	1,1
Варикозное расширение перидуральных вен, рубцово-спаечный процесс, стеноз и остеофит	1	1,1

Данные таблицы 5 свидетельствуют о наличии большого числа комбинаций множественной компремирующей патологии поясничного отдела позвоночника (8 вариантов), что служит причиной жалоб пациентов и изменения ортопедо-неврологического статуса.

Наиболее часто с выпадением грыж МПД определялись стеноз и остеофит, как факторы, оказывающие непосредственное сдавление поясничного нервного корешка, что влечет за собой необходимость его хирургической декомпрессии (6 случаев — 6,9 %).

Анализ максимального числа сочетаний вышеуказанной патологии выявил у 1 (1,1 %) пациента одновременное влияние 4-х факторов компрессии (варикозное расширение перидуральных вен, рубцово-спаечный процесс, стеноз и остеофит).

Вариант патологии с несколькими компремирующими поясничный корешок фактора-

ми по данным МРТ (стеноз и гипертрофия желтой связки) на уровне L_{IV}-L_V представлен на рисунке 3.

Характеристика не компремирующей сопутствующей патологии поясничного отдела позвоночника

Учет множественной не компремирующей патологии у пациентов проведен в основном по данным КТ или МРТ с учетом комплексной оценки жалоб и неврологического статуса. При анализе полученной картины учитывалось наличие таких патологических изменений в поясничном отделе позвоночника, как остеофит, гипертрофия желтой связки, артроз межпозвонковых суставов, спондилолистез, киста корешка и т. д.

Данные о диагностированной сопутствующей патологии на поясничном уровне представлены в таблице 6.

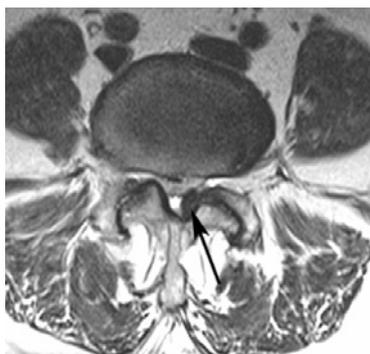


Рисунок 3 — МРТ на уровне L_{IV}–L_V, отображающая гипертрофию желтой связки (стрелка) на фоне дистрофического стеноза позвоночного канала

Таблица 6 — Множественная нехирургическая патология поясничного отдела позвоночника

Вид патологического процесса	Мужчины, n = 58		Женщины, n = 29		Всего, n = 87	
	n	%	n	%	n	%
Спондилоартроз	42	72,4	26	89,7	68	78,2
Спондилез	42	72,4	22	75,9	64	73,6
Грыжа Шморля	20	34,5	7	24,1	27	31,0
Гипертрофия желтой связки	17	29,3	5	17,2	22	25,3
Обызвествление продольных связок	8	13,8	2	6,9	10	11,5
Вакуум-феномен	6	10,3	3	10,3	9	10,3
Спондилолистез	1	1,7	2	6,9	3	3,4
Артроз крестцово-подвздошного сустава	3	5,2	0	0	3	3,4
Рубцово-спаечный процесс	2	3,4	1	3,4	3	3,4
Гемангиома	2	3,4	1	3,4	3	3,4
Утолщение продольной связки	1	1,7	1	3,4	2	2,3
Люмбализация	0	0	2	6,9	2	2,3
Гиперлордоз	0	0	1	3,4	1	1,1
Клиновидная деформация тел позвонков	0	0	1	3,4	1	1,1
Сколиоз	0	0	1	3,4	1	1,1
Корешковая киста	0	0	1	3,4	1	1,1
Киста крестца	1	1,7	0	0	1	1,1
Торсия	0	0	1	3,4	1	1,1
Старые переломы	1	1,7	0	0	1	1,1
Без патологии	3	5,2	2	6,9	5	5,7

Данные таблицы 6 свидетельствуют о наличии множественной сопутствующей патологии поясничного отдела позвоночника у 82 (94,3 %) чел. Наиболее часто основной патологии сопутствовали спондилоартроз (68 случаев — 78,2 %), спондилез (64 случаев — 73,6 %) и грыжа Шморля (27 случаев — 31 %).

Отмечено преобладание у женщин частоты встречаемости спондилоартроза (89,7 против 72,4 % у мужчин) и спондилолистеза (6,9 против 1,7 % у мужчин), $p < 0,05$.

У мужчин чаще встречались гипертрофии желтой связки (29,3 против 17,2 % у женщин), $p < 0,05$ и обызвествление продольных связок (13,8 против 6,9 % у женщин).

Не выявлено сопутствующей патологии у 5,2 % мужчин и 6,9 % женщин.

Нами проанализированы множественные сочетания дегенеративно-дистрофических изменений позвоночного столба. Анализ максимального числа одновременного сочетания вышеуказанной патологии у 1 (1,7 %) пациента выявил 6 заболеваний, у 6 (6,9 %) чел. — 5, у 13 (15 %) — 4 нозологические единицы.

Пример спондилограммы пациента с люмбализацией S₁ (наличие шести поясничных позвонков) представлен на рисунке 4.

Хирургические доступы, выполнявшиеся при оперативных вмешательствах в данной группе пациентов

С учетом множественности и многоуровневости компрессирующей патологии операции проводились с различными типами доступов, что показано в таблице 7.



Рисунок 4 — Спондилограмма пациента с люмбализацией S₁

Таблица 7 — Виды доступов к компремирующей поясничный спинальный корешок патологии

Вид доступа	Уровень	Латерализация		
		слева	справа	с двух сторон
Флаваэктомия	L _V -S _I	2	0	0
Фенестрация	L _{III} -L _{IV}	6	3	0
	L _{IV} -L _V	30	22	3
	L _V -S _I	34	24	1
	L _V -L _{VI}	1	0	0
Частичная гемиламинэктомия	L _{III}	3	2	1
	L _{IV}	13	6	0
	L _V	10	4	0
Гемиламинэктомия	L _{IV}	0	1	0
	L _V	5	1	0
Ляминэктомия	L _{III}	0	0	1

Согласно полученным данным, общее число выполненных доступов с учетом многоуровневого поражения составило 104 слева и 63 справа. Также выполнены 6 двусторонних доступов. Основным видом доступа была фенестрация (в 77,8 % случаев справа и 68,3 % — слева). Ляминэктомия в единственном числе выполнена по показаниям при центральном стенозе на уровне L_{III}.

Выводы

1. Среди пациентов, страдающих многоуровневой корешковой компрессией на поясничном уровне, преобладали лица трудоспособного возраста от 30 до 59 лет (83,9 %), причем мужчины составили 66,7 %.

2. В исследованной группе наиболее частыми клиническими проявлениями были бирадикулопатия L₄ и S_I (31 %) и бирадикулопатия L₅ и S_I (16,1 %), при этом в обоих случаях превалировали мужчины.

3. В случае множественных грыж поясничных МПД наиболее часто на верхнем и нижнем оперированном ПДС встречался срединно-боковой вариант выпадения грыжи МПД (соответственно, 75,9 и 82,8 %).

4. Наиболее часто операции декомпрессии при сопутствующем стенозе позвоночного канала подвергался ПДС L_{IV}-L_V на верхнем уровне вмешательства (72 %) и L_V-S_I — на нижнем (92,9 %).

5. Различные сочетания многоуровневых компремирующих факторов, потребовавших наряду с секвестрэктомией дополнительной хирургической декомпрессии спинномозгового корешка, выявлены у 17,2 % пациентов.

6. Множественная сопутствующая патология поясничного отдела позвоночника выявлена у 94,3 % обследованных. Наиболее часто основной патологии сопутствовали спондилоартроз (в 78,2 % случаев), спондилез (в 73,6 %) и грыжа Шморля (в 31 %).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Рачин, А. П. Дорсопатии: актуальная проблема практикующего врача / А. П. Рачин, С. Ю. Анисимова // Рус. мед. журн. — 2012. — № 19. — С. 964–967.
2. Хабиров, Ф. А. Клиническая неврология позвоночника / Ф. А. Хабиров. — Казань, 2002. — 472 с.
3. Садох, К. А. Дорсалгии: факторы риска / К. А. Садох // ARS medica. Искусство медицины. — 2011. — № 14. — С. 366–367.
4. Чугунов, А. В. Купирование приступа острой поясничной боли / А. В. Чугунов, А. Ю. Казаков // Рус. мед. журн. — 2012. — № 28. — С. 1412–1414.
5. Парфенов, В. А. Диагноз и лечение при острых болях в нижней части спины / В. А. Парфенов // Российский медицинский журнал. — 2007. — № 4. — С. 17–21.
6. Луцк, А. А. Патогенез клинических проявлений спондилоартроза / А. А. Луцк // Международный неврологический журнал. — 2009. — № 3 (25). — С. 17–19.
7. Шатрова, В. П. Комплексный подход к лечению болевого синдрома у больных с травмами и заболеваниями позвоночника / В. П. Шатрова, А. Г. Аганесов, Т. А. Жарова // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2011. — № 1. — С. 5–10.
8. Болевые синдромы в неврологической практике / М. В. Вейн [и др.]; под общ. ред. М. В. Вейна. — М.: МЕД пресс, 1999. — С. 93–108.
9. Жарков, П. Л. Поясничные боли / П. Л. Жарков, А. П. Жарков, С. М. Бубновский. — М., 2001. — 144 с.
10. Ульрих, Э. В. Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках / Э. В. Ульрих, А. Ю. Мушкин. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2004. — 187 с.
11. Никифоров, А. С. Неврология. Полный толковый словарь / А. С. Никифоров. — М.: Эксмо, 2010. — С. 1210.
12. Антонов, И. П. Классификация заболеваний периферической нервной системы / И. П. Антонов // Журн. неврол. и психиатр. им. Корсакова. — 1985. — № 4. — С. 481–487.

Поступила 27.10.2014